

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 23

LE TRAITEMENT

DU

LICHEN PLAN DE WILSON

PAR LE

3 ACÉTYLAMINO, 4 OXYPHÉNILARSINATE DE DIÉTHYLAMINE
(ACÉTYLARSAN)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 décembre 1930

PAR

Noël-Yves-Marie LE BERRE

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PONT-L'ABBÉ (Finistère), le 12 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		BONNIN, professeur	{ <i>Juges.</i>
		AUBERTIN, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

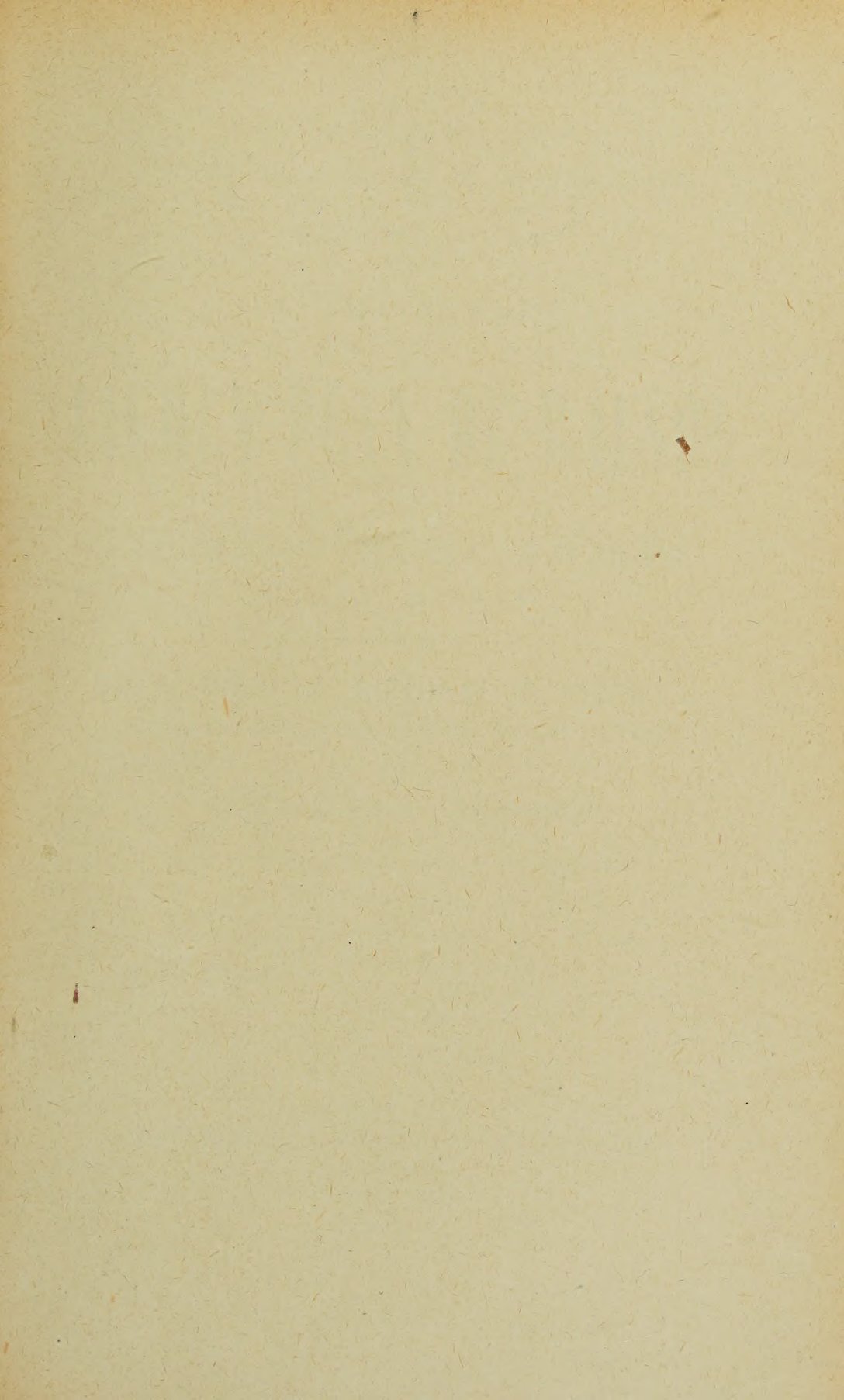
BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 23

LE TRAITEMENT
DU
LICHEN PLAN DE WILSON

PAR LE
3 ACÉTYLAMINO, 4 OXYPHÉNILARSINATE DE DIÉTHYLAMINE
(ACÉTYLARSAN)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 décembre 1930

PAR
Noël-Yves-Marie LE BERRE
ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
Né à PONT-L'ABBÉ (Finistère), le 12 mai 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	<i>Président.</i>
		BONNIN, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		AUBERTIN, agrégé	
		JOULIA, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique médicale..... N.	Zoologie et parasitologie..... MANDOU.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... MAURIAC.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie..... SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène..... AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	



MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBECQ.	Maladies mentales..... PERRENS.
id..... DUFOUR.	Chirurgie générale..... PAPIN.
Histologie..... LACOSTE.	id..... JEANNENEY.
Anatomie pathologique..... MURATET.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... CREYX.	Obstétrique..... PERY.
id..... N.	id..... N.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Pharmacie..... GOLSE.
id..... DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... FAUGÈRE.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. N.
Accouchements..... N.	Pharmacie chimique..... GOLSE.
Ophtalmologie..... CABANNES.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MON PERE

A MON FRERE

A MA TANTE LOUISE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PETGES

*Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

LE TRAITEMENT
DU
LICHEN PLAN DE WILSON

3 ACÉTYLAMINO, 4 OXYPHÉNILARSINATE DE DIÉTHYLAMINE
(ACÉTYLARSAN)

INTRODUCTION

Dans ce travail, qui doit marquer la fin officielle de nos études médicales, nous avons voulu mettre en évidence le meilleur traitement à opposer à une maladie fréquente, le lichen plan de Wilson.

Cette affection peut se présenter sous une forme aiguë ou sous une forme subaiguë, la plus fréquente, et quelquefois même sous la forme chronique. Elle s'accompagne généralement d'un prurit intense, pénible, au niveau des lésions.

Elle affecte d'autant plus les malades qu'elle évolue presque toujours sur un terrain nerveux, émotif et irritable, et qu'elle provoque très souvent de l'insomnie et quelquefois de l'inaptitude au travail.

Jusqu'à ces dernières années, les traitements les plus divers ont été préconisés aussi bien internes, arsenic et ses composés, qu'externes, hydrothérapie, chlorate de potasse, permanganate de potasse, radiothérapie, pommades salicylées, à base

d'anesthésiques, d'antiseptiques, médications de choc, etc. La diversité de ces traitements et leur longueur nous montraient que nous n'étions pas en possession d'une arme sûre pour lutter contre cette affection. Dans ces dernières années les arsenicaux organiques ont été essayés, novarsénobenzol, stovarsol, etc., mais n'ont pas donné de résultats suffisants. On les a même vus provoquer des éruptions typiques de lichen plan chez des sujets qui ne présentaient jusque-là aucun des symptômes de cette maladie.

Parmi les composés arsenicaux pentavalents, M. Audry a eu le premier l'idée d'employer l'acétylarsan et, devant les succès obtenus, il a pu dire que ce produit était le médicament spécifique du lichen plan. Si dans la suite des échecs ont pu être notés, peut-être sont-ils dus à une insuffisance du traitement ou à une résistance du sujet vis-à-vis des arsenicaux.

Nous avons essayé cette thérapeutique et rapportons ici les résultats obtenus.

Si nous étudions plus spécialement l'action de l'acétylarsan, il est bien entendu que nous ne voulons pas dire qu'il a un monopole curatif. Ce que nous aurons à dire s'applique en termes plus généraux aux arsenicaux pentavalents, dont il est le type le plus ancien et le plus connu. Que d'autres produits analogues, arsaminol, etc., aient des effets comparables, la chose est vraisemblable et même probable.

Nous croyons utile de rappeler d'abord les notions classiques sur cette affection. Nous ferons ensuite un exposé des différentes médications qui ont été préconisées jusqu'ici avant de présenter nos observations et de montrer l'action du 3 acétylamino 4 oxyphénilarssinate de diéthylamine dans le plus grand nombre des cas.

Avant de commencer notre travail, nous tenons à témoigner ici notre vive reconnaissance à tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, qui nous ont toujours prodigué leurs conseils et leur enseignement.

Nous remercions aussi M. le Professeur agrégé Joulia, MM. les Docteurs Cazenave, David-Chaussé et Le Coulant, pour

les observations qu'ils ont bien voulu mettre à notre disposition.

Nous exprimons en particulier nos sentiments de profonde gratitude à notre maître, M. le Professeur Petges, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

I. — HISTORIQUE.

Le lichen plan a d'abord été décrit en 1862, par Bâzin.

Mais c'est en 1870 que Hebra, de Vienne, apporte la première simplification dans la classification des lichens. Il ne rattache à ce terme, jusque-là étendu à toutes les dermatoses papuleuses, que le terme de lichen scrofulosorum, et le terme de lichen ruber dans lequel il différencie le lichen ruber acuminé et le lichen ruber plan.

Puis, quelques années plus tard, Kaposi continue les travaux de son maître sur le lichen plan et s'attache surtout au traitement.

Vers la même époque, Wilson donnait du lichen ruber de Hebra la première description clinique exacte et complète, d'où la dénomination de lichen ruber plan de Wilson, adoptée unanimement.

En 1879, Colcott Fox émet l'idée de la nature névropathique de l'affection.

Cette hypothèse est reprise dans les recherches pathogéniques de Hutchinson, Kobner, Jacquet et vivement défendue dans leurs travaux ultérieurs.

F. Balzer, dans sa thèse de Paris, en 1880, dit, au contraire, que le point de départ est une lésion vasculaire et que la prolifération cellulaire est extrêmement abondante dans les parties les plus riches en vaisseaux.

En juin 1927, à la réunion de la Société de dermatologie et de syphiligraphie de Strasbourg, les différentes pathogénies, nerveuse, parasitaire, etc., sont discutées sans qu'il semble qu'aucune ne soit admise définitivement.

II. — LE LICHEN PLAN.

Le lichen plan débute souvent sans cause. Quelquefois on trouve, comme point de départ, un choc émotif ou humoral.

Le premier signe est, en général, le prurit qui est plus ou moins intense. Puis l'éruption se développe. Elle est localisée ou généralisée. Elle touche les téguments externes et parfois les muqueuses. Elle peut même se localiser à celles-ci.

Sa couleur sur les téguments va du rouge pâle au rouge foncé. Sur les muqueuses, les lésions sont blanchâtres ou blanc nacré.

L'élément primitif. — Il est net, schématique, saillant au doigt, alors qu'à l'œil il paraît plan. Sa grandeur est variable, mais en moyenne il a la dimension d'une tête d'épingle. Il est polygonal. On appelle cet élément : la papule.

Les papules peuvent être groupées ou isolées. Au toucher, la papule est sèche, douce, résistante, légèrement striée, quelquefois ombiliquée. Sa couleur va du rose pâle au rouge. Elles ont habituellement tendance à se réunir en placards plus ou moins étendus.

Localisation. C'est surtout à la face antérieure des poignets, aux avant-bras, au cou, aux membres inférieurs que se localise l'éruption. Il y en a quelquefois sur la face et le cuir chevelu.

Elle existe aussi sur les muqueuses, dans la bouche, à la face interne des joues, au niveau des deux premières molaires, en particulier sur la langue à la partie moyenne, et sur les bords, sur le palais, les lèvres inférieures. Sur les muqueuses des organes génitaux, les grandes et petites lèvres, le gland, le pénis.

Sur les muqueuses, les lésions sont différentes. Dans la bouche elles sont constituées par des taches porcelainiques ou des arborisations opalines. Pas de prurit, pas de douleur, mais une grande sécheresse de la bouche.

Sur les organes génitaux, le prurit existe, mais la lésion a une forme annulaire et des analogies avec les lésions syphilitiques, mais son dessin est bien défini.

III. — HISTOLOGIE DE LA PAPULE DU LICHEN PLAN.

La lésion primitive essentielle du lichen plan siège dans le corps papillaire.

Au niveau des papules l'épiderme présente deux lésions de surface, une hyperkératose se traduisant par une fine desquamation de surface et un épaissement irrégulier de la couche granuleuse, dont les cellules sont criblées de granulations d'Eleïdine.

Dans les lésions jeunes, les altérations de l'épiderme sont peu importantes. Les altérations dermiques prédominent.

L'épiderme présente des épaissements en plateau, mais souvent aussi il est aminci.

Dans le derme, les lésions sont beaucoup plus importantes.

Limité à la papule se trouve un gros nodule d'infiltrat parcouru par de nombreux petits vaisseaux, le plus souvent orientés parallèlement à l'épiderme.

Entre ces vaisseaux se trouve une accumulation de cellules qui forment, à ce stade, la partie dermique de la papule.

L'infiltrat est constitué de cellules monotypiques à tous les âges, qui sont des mononucléaires; cet infiltrat élargit les papilles, supprime les espaces interpapillaires et arrive à produire un nodus sous-dermique : la papule.

Les nerfs dermiques présentent aussi des altérations bien nettes. A côté des noyaux schwanniens normaux existent des éléments plus volumineux ronds ou vaguement ovalaires qui paraissent appartenir à des éléments de prolifération.

MM. Pautrier et Diss ont aussi mis en évidence de nouvelles cellules pourvues de grands prolongements en forme de fibres, des amas de cellules entourés d'une résille de fibres, des cellules périvasculaires munies elles aussi de prolongements.

Ces fibres contiennent des neurofibrilles, et MM. Pautier et Diss les considèrent comme des éléments nerveux.

Des mélanoblastes apparaissent au voisinage immédiat de l'élément éruptif.

La papule s'affaissant laisse toujours une macule pigmentaire, dont la coloration va du brun café au lait clair et peut persister plusieurs mois. Cette pigmentation est due à la mélanine pigment cutané physiologique.

IV. — EVOLUTION.

Elle est lente, surtout pour les lésions des muqueuses.

On note toujours un état nerveux très marqué.

V. — ETIOLOGIE.

Elle est encore méconnue. Toutefois on peut dire qu'on a vu des lichens plans se développer souvent après un choc émotif ou humoral, tel que l'injection de novarsénobenzène. Cette affection atteint surtout l'adulte dans la proportion de trois femmes pour deux hommes. On la voit pourtant chez les enfants, et le Professeur Petges rapporte, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux du 3 mars 1922, un cas de lichen chez un enfant de 16 mois; le 26 février 1926, un lichen plan chez un enfant de 3 ans et un cas chez un enfant de 11 mois au cours d'une cure arsenicale.

M. Kwan-Chang-Chen a d'ailleurs consacré sa thèse au lichen plan chez les enfants.

VI. — SYMPTOMATOLOGIE.

L'affection débute en général par un prurit plus ou moins violent. L'éruption est faite de papules dures, sèches, brillantes, polygonales, aplaties ou légèrement déprimées au centre

avec une coloration allant du rouge vif au jaune pâle. La papule varie de la grosseur d'un grain de mil à la tête d'une épingle.

Elles sont tantôt isolées, tantôt groupées par plaques. Elles se montrent, au début surtout, sur les régions de flexion, et s'étendent plus tard.

La peau qui les entoure est de coloration normale. Quelquefois elle est congestionnée, épaissie dans d'autres cas, facilement urticarienne; elle peut être envahie sur des surfaces assez considérables et prend alors une coloration diffuse rouge brun.

Au niveau des muqueuses, dans la bouche par exemple, on a soit une raie blanche saillante, couverte de papules, soit des plaques opalines avec des papules indurées.

Il évolue presque toujours sur un terrain qui s'accompagne d'un état nerveux, et chez beaucoup de malades on retrouve une émotivité et une irritabilité toutes particulières. Le malade présente souvent de l'insomnie, des céphalées violentes, de l'omnubilation de la vue, une inaptitude totale au travail, et quelquefois même un amaigrissement assez rapide.

La marche et la durée du lichen plan sont extrêmement variables.

Il y a des cas aigus où la maladie se généralise en très peu de temps et où le corps est couvert de milliers de papules. Ou bien, comme, dans une de nos observations (XIII), la maladie reste à peu près latente pendant quelque temps, un mois environ, avec seulement quelques plaques. Puis, sous une influence quelconque, choc émotif ou peut-être humoral, l'éruption subit un coup de fouet, se généralise, le prurit, qui était resté jusqu'alors supportable, devient intolérable.

Mais dans la majorité des cas, le lichen plan est une maladie subaiguë, plutôt que chronique, et se prolongeant, du fait de l'apparition successive de nouvelles efflorescences, sur les points mêmes où les précédentes entrent en régression, à leur périphérie ou en des points éloignés.

Quelquefois, l'éruption se reproduit à intervalles très longs, pendant plusieurs années et elle devient alors chronique.

De même la plus grande variété s'observe dans l'intensité de la réaction, produite sur l'organisme par le lichen à égalité d'éruption.

Le prurit est aussi variable dans son intensité et peut manquer. Dans d'autres cas, il devient si violent qu'il plonge le sujet dans un état mental voisin de l'aliénation.

Il est à remarquer qu'à l'occasion des récidives, le prurit est beaucoup moins intense quand il n'est pas inexistant.

VII. — PATHOGÉNIE.

Elle n'est pas déterminée. Plusieurs théories ont été émises : théorie parasitaire ou microbienne, se basant sur le fait que certains lichens semblent familiaux ou pris au contact du malade. A l'appui de cette théorie, M. Audry dit que la guérison par l'acétylarsan est une preuve de plus. De même Huffschnitt est partisan de la théorie parasitaire et pense que le parasite est un protozoaire. L'action de l'acétylarsan serait-elle alors analogue, dans cette affection, à celle qu'il a dans la syphilis sur le tréponème? théorie toxique; théorie humorale (Du Bois, de Genève); théorie nerveuse, dans laquelle le lichen plan serait dû à un choc nerveux, à des émotions violentes ou encore à des lésions nerveuses périphériques. Et alors l'arsenic agirait-il sur les lésions nerveuses?

Il est à noter que, chez tous les malades atteints de lichen plan, la réaction de Bordet-Wassermann est négative, sauf, bien entendu, chez ceux qui ont contracté la syphilis avant ou après l'éclosion de la maladie.

VIII. — PRONOSTIC.

Il est, en général, bénin.

IX. — DIAGNOSTIC.

Le diagnostic positif se fera sur la localisation de l'éruption : flancs, avant-bras, etc; la lésion élémentaire : la papule de lichen plan, la présence de prurit, l'existence d'un terrain plus ou moins nerveux.

Le diagnostic différentiel est à faire avec : 1° Les lichénisations diffuses très serrées, et moins nettement délimitées, moins brillantes, moins lisses et ne présentant pas de stries opalines;

2° L'eczéma prurigineux, où parfois les formations papuleuses pseudo-lichéniennes prédominent, mais ne sont pas persistantes;

3° Le lichen simplex du Widal ou prurigo circonscrit à papules hémisphériques moins régulières et moins infiltrées.

Le lichen plan buccal sera différencié :

1° Des plaques muqueuses, rondes ou ovalaires. Leur contour est net décapillé; elles sont lisses et coïncident avec d'autres manifestations syphilitiques.

2° Des papules de leucoplasie buccale qui sont surtout au niveau des commissures labiales, de la face postérieure, et du bord libre des lèvres, de la moitié antérieure de la langue et sont d'aspect uniforme, opaques, lisses, blanc nacré, avec infiltration.

CHAPITRE II

LES DIVERS TRAITEMENTS PRECONISES CONTRE LE LICHEN PLAN JUSQU'A CES DERNIERES ANNEES

Nous ne ferons pas une étude détaillée de tous les traitements qui ont été préconisés contre le lichen plan. Nous rappellerons l'évolution des idées à ce sujet en nous attachant aux principales médications et en mettant en évidence leur longueur et les dangers de certaines.

Le premier des médicaments employés est l'arsenic. Dès 1868, il est prescrit par Hebra, de l'école de Vienne, qui dit : « N'ayant pu trouver dans aucun journal de dermatologie une description du lichen ruber comme affection spéciale, il m'a été impossible d'avoir aucun renseignement sur son traitement, et j'ai été obligé de m'en tenir exclusivement à mes observations et expérimentations personnelles. En premier lieu, j'ai essayé de guérir par les différents médicaments préconisés à propos du psoriasis. Malheureusement, la vérité m'oblige à dire que, à l'exception de l'arsenic, aucun médicament interne ou externe n'est parvenu à modifier la marche du lichen ruber. J'ai donné l'arsenic à doses élevées dans tous les cas. » En effet, Hebra arrive à donner 5 g. 30 d'acide arsénieux pendant une période de huit mois sous forme de pilules asiatiques, dont chacune contient cinq milligrammes d'acide arsénieux.

Kaposi donne chez les enfants la liqueur de Fowler; chez l'adulte, il donne des pilules asiatiques. Il dit que les pilules ne donnent pas d'amélioration avant six semaines en général. c'est-à-dire qu'il faut avoir absorbé déjà 200 à 250 pilules.

Ce n'est qu'en arrivant à 500 ou 600 pilules que l'on constate une amélioration notable.

Mais il y a toujours d'autres poussées, dit-il, et il est nécessaire de donner une dose de 6 pilules par jour pendant trois ou quatre mois après la disparition de l'éruption.

Pendant l'éruption, il donne jusqu'à 10 pilules par jour.

Dans les cas moyens, dit Kaposi, il faut de 800 à 1.500 pilules en tout. Il cite un cas où il en fallut 4.500.

Or nous savons que les dérivés minéraux de l'arsenic, l'acide arsénieux et ses sels alcalins, sont toxiques à des doses très voisines de la dose thérapeutique. Ils seront donc dangereux, et il ne faut les manier qu'avec prudence : « Le Pavé de l'ours est toujours redoutable. »

Mais Kaposi ajoute que ce traitement ne suffit pas et qu'il faut traiter aussi le prurit et l'insomnie.

Localement on fera donc des badigeonnages à l'acide phénique ou salicylique au 1/50, des poudrages à l'amidon, des onctions à la graisse simple ou des applications de pommades à l'oxyde de zinc-salicylé.

Vers la même époque, les Américains préconisent l'acétate de potasse à 5 grammes pour 150 d'eau distillée à prendre par jour, et prétendent obtenir la guérison en trois à six semaines.

Puis Kobner, vers 1882, fait des injections de liqueur de Fowler, arrivant à la dose de 2 g. 61 en dix-huit jours. On sait que la liqueur de Fowler est un soluté aqueux de l'arsénite de potasse, et qu'elle renferme un centième de son poids d'acide arsénieux. Trois gouttes représentent environ un milligramme d'acide arsénieux.

Pour les injections, on emploie la solution au 1/10 de liqueur de Fowler.

La liqueur de Fowler prise par la bouche est restée une méthode simple. Chez l'adulte, on peut donner huit ou dix gouttes par jour, augmenter jusqu'à la dose de trente à trente-cinq gouttes, rester à ce chiffre quinze jours environ et redescendre; laisser au repos pendant une semaine et reprendre. On voit que ce traitement sera aussi très long.

Vers 1891, Jacquet préconise l'hydrothérapie chaude.

Il conseille des douches en pluie sans pression à 35 degrés suivies d'une affusion froide. Il voit une amélioration de l'insomnie et du prurit quelquefois après trois douches. On les a données plus chaudes ultérieurement, à 38 degrés et au delà.

Mais souvent, il y a réapparition de ces phénomènes, ce qui nécessite une reprise des douches. Il cite un cas de guérison, où il fallut une trentaine de douches. Il dit d'ailleurs qu'il agissait toujours sur un terrain nerveux. Quelquefois même, dans les cas sérieux, il donne deux ou trois douches par jour. La douche dure de dix à douze minutes.

Depuis, ce traitement a été repris, et quelquefois on a remplacé les douches par des bains.

Le traitement hydrothérapique du lichen plan se fait aussi dans des stations thermales.

M. Chauchard, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie* du 14 juin 1927, cite un cas de guérison par l'eau d'Uriage, qui est une eau sulfureuse forte.

M. Nicolas cite également un cas de guérison rapide et complète.

La méthode consiste à faire des injections intraveineuses de 20 cc. d'eau d'Uriage et à répéter ces injections à la dose de trois par semaine.

Les eaux arsenicales de La Bourboule agissent aussi favorablement dans certains cas de lichen plan. La cure d'eau doit être faite l'été par bain ou douche tiède. Il faut éviter toute friction. M. Catle, de Lyon, dit que le repos est l'élément primordial. La durée de la cure est indéterminée.

En 1897, Neisser, à la polyclinique de Breslau, adjoint au traitement par l'arsenic le bromure de potassium à l'intérieur. De même, comme traitement externe il préconise les bains chauds, les onctions à la vaseline salicylée, la pommade à la chrysarobine, et sur les mains et les pieds le collodion salicylé à 10 p. 100 ou un emplâtre au savon salicylé.

A la séance du 25 janvier 1898 de la « New-York dermatological Society », Scherwell rappelle que Taylor préconisait l'usage du chlorate de potasse et de l'acide nitrique à l'inté-

rieur. Elliot, qui a employé ce mode de traitement, dit qu'il ne réussit que dans les formes aiguës et agit surtout sur le prurit. Il conseille, en même temps, la pommade de Unna (acide phéniqué et sublimé). Lustgarten insiste sur les dangers du chlorate de potasse, sel éminemment toxique, et considère que l'arsenic est encore le meilleur médicament.

En 1901, Hallopeau et Villaret préconisent en traitement externe l'emploi du permanganate de potasse même dans le lichen plan buccal. Dans les *Annales de dermatologie* de 1904, Hallopeau et Norero citent (p. 1103) une amélioration rapide et considérable d'un lichen plan buccal traité par le permanganate de potasse en solution au 1/100 pour la langue et la face interne des joues et en solution au 1/50 pour les lèvres. Sur les mains, ils appliquent une solution au 1/17.

En 1901, Lusk traite le lichen plan par le mercure sous forme de sublimé à la dose de 6 ou 7 milligrammes par jour. 17 cas traités dont 2 sûrement syphilitiques ont été rapidement améliorés ou guéris.

Mais, dès 1905, M. Ravaut et son Maître Thibierge, pour la première fois remarquent que la ponction lombaire a une influence heureuse sur le prurit du lichen plan.

M. Ravaut remarque que, dans un temps variant entre six heures et vingt-quatre heures, le prurit s'atténue et parfois disparaît.

Quelquefois même les éléments s'effacent et laissent simplement une pigmentation.

Depuis cette époque, M. Ravaut a traité un grand nombre de lichens plans par cette méthode. Il dit qu'il ne faut pas hésiter à recommencer les ponctions trois ou quatre fois à huit ou dix jours d'intervalle. On évacue environ 6 à 8 cc. de liquide céphalo-rachidien, et on laisse le malade au lit pendant un jour ou deux.

Mais la ponction lombaire n'est pas sans inconvénient, et cette intervention est quelquefois pénible. M. Ravaut dit donc qu'avant d'en arriver là il faut recourir à des méthodes plus simples. D'ailleurs, le malade souvent n'acceptera pas cette thérapeutique.

En juillet 1907, M.-B. Hartzell, dans le *Journal of the american Association*, rapporte qu'en face de l'insuccès de l'arsenic dans le traitement du lichen plan et parfois de l'aggravation qu'il provoque, il a essayé les divers salicylates. Il a obtenu plusieurs guérisons et cite 4 observations dans lesquelles les effets heureux du salicylate de soude sont incontestables, alors que ces cas étaient résistants aux autres médications.

Tous ces médicaments pris à l'intérieur soit en ingestion ou le plus souvent en injection n'ont pas empêché d'agir localement. Les préparations les plus diverses ont été préconisées : pâte mentholée, vaseline salicylée, pommades à base d'anesthésique telles que cocaïne, stovaïne, à base d'antiseptiques, calomel, turbith minéral... Elles sont en général mal tolérées.

Les seuls topiques calmants encore en usage sont les goudrons et surtout les goudrons végétaux, et parmi eux l'Huile de Cade tient le premier rang.

Et l'on pourra par exemple employer la formule :

Huile de cade pure	5 grammes.
Baume du Pérou	2 grammes.
Camphre	1 gramme.
Oxyde de zinc	2 grammes.
Lanoline	} 45 grammes.
Vaseline	

M. le Professeur Petges donne volontiers des crèmes, des pâtes, des pommades à l'oxyde de zinc amidon, à l'oxyde de zinc-talc, additionnées de 1/100 d'acide phénique ou d'acide salicylique.

Le 9 mars 1924, M. Pautrier publie à la réunion de dermatologie de Strasbourg, le premier cas de lichen plan guéri par la radiothérapie médullaire.

Il soumet une malade atteinte de lichen plan datant de deux semaines, et en pleine poussée (tronc, membres, paume des mains, pieds), au traitement radiothérapique. Le prurit est moyen.

En dix jours, les lésions s'affaissent et le prurit diminue, et on constate la guérison en un mois.

Huffschmitt rapporte deux cas traités par la même méthode.

En juillet 1924, M. Pautrier modifie sa méthode, qui lui a donné deux échecs.

Mais le 14 juin 1927, à la réunion de Strasbourg de la Société de dermatologie, M. Pautrier rapporte que déjà en 1919 M. Gouin, de Brest, avait traité des lichens plan par la radiothérapie. M. Gouin le rapporte dans le *Bulletin médical* du 13 septembre 1924 et cite 2 cas de guérison.

De 1919 à 1924, il traite 10 nouveaux cas avec succès. Toutefois, le lichen buccal n'a pas semblé influencé.

C'est donc M. Gouin qui a eu le premier l'idée d'appliquer la radiothérapie dans le traitement du lichen plan.

M. Hudelo, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* du 15 mars 1925, cite un cas de lichen plan généralisé au cours d'un traitement radiothérapique pour lichen plan discret.

M. Trolard, dans sa thèse de Paris 1929, résume d'une façon claire le traitement du lichen plan par la radiothérapie rachidienne.

L'auto-hémothérapie a été préconisée aussi : Covisa rapporte, dans les *Annales de dermatologie* de 1916-1917, un cas traité par l'auto-hémothérapie associée à l'arséniate de soude à l'intérieur. M. Barthélémy cite aussi, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* de 1928, un cas de lichen plan guéri par l'auto-hémothérapie.

Le bromure de sodium intraveineux a été préconisé, et M. Hubschmann, de Prague, rapporte 4 cas de guérison (*Bull. Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927).

M. Noguer-Moré, le 14 juin 1927, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie*, nous montre 3 cas de guérison de prurit par le tartrate d'ergotamine sur des lichens plans résistant aux arsenicaux sans évolution des papules.

Le prurit et l'éruption s'affaissent chez un malade que M. Watrin traite par l'hyposulfite de soude intraveineux, alors que le lichen datait de neuf ans et résistait aux arsenicaux et à la radiothérapie.

Les composés de l'arsenic tels que arséniate de soude, cacodylate, arrhéнал, n'ont pas donné de résultats suffisants. Vers 1910, Erlich prépare un grand nombre de dérivés arsenicaux organiques tels que salvarsan, néosalvarsan, etc. Ces médicaments trouvent immédiatement leur emploi dans le traitement de la syphilis. Employés contre le lichen plan, ils ne donnent pas de résultats constants.

Puis on emploie aussi les novarsénobenzènes.

Ce sont des poudres micro-cristallines solubles dans l'eau. Les solutions aqueuses sont neutres, sauf pour le sulfarsénol.

Ce sont des dioxydiaminoarsénobenzol, méthylène sulfoxylates de soude.

Mais ce sont des produits toxiques qui ont le grand désavantage d'être difficiles à manier. Ils provoquent très souvent des accidents tels que troubles gastro-intestinaux, avec odeur aliacée, nausées, vomissements, crises nitritoïdes, état fébrile plus ou moins accentué, avec parfois symptômes de méningisme; céphalées, œdèmes, éruptions, phlébites, thromboses, ictère, albuminurie, troubles cardiaques, hémorragies. On cite même des cas de mort.

Ils s'administrent par la voie endoveineuse, la voie sous-cutanée étant très douloureuse.

Ces produits, très en honneur dans le traitement de la syphilis, où ils ont un rôle vraiment efficace, n'ont pas donné les mêmes résultats dans le traitement du lichen plan. Ils ont été accusés, à juste raison d'ailleurs, de provoquer même l'éruption d'un lichen plan chez des malades en cours de traitement pour syphilis.

M. Pautrier cite un cas de lichen plan aigu généralisé apparu au cours d'un traitement par le néosalvarsan pour une syphilis.

M. Bory, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* de 1927, dit : « J'ai récemment observé un cas de provocation de lichen plan typique par l'arsénobenzol chez un syphilitique atteint gravement d'une forme maligne papuleuse infiltrée pigmentée rebelle à la thérapeutique. Après

avoir traité intensivement ce malade, je vis apparaître un ic-tère et une érythrodermie arsenicale et presque simultanément sur la face supérieure des poignets, des groupements de papules de lichen plan. »

M. Margerot, à la même séance, dit : « J'ai observé deux cas de lichen plan au cours d'un traitement novarsénobenzolique.

De même MM. Montpellier et Lacroix ont cité dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* de 1922, un cas de lichen plan survenu au cours d'un traitement par le novarsénobenzol.

M. Pautrier, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* de 1927, cite 3 cas de lichens plans provoqués par le novarsénobenzol au cours d'un traitement anti-syphilitique.

Nous rapportons un cas pris dans le service et un cas dû à l'obligeance de M. le Docteur Cazenave, de Bordeaux, observations n° II et n° XXIII, où il n'est pas douteux que l'éruption de lichen plan soit due au novarsénobenzol. Dans l'observation n° XXIII, par exemple, cette malade avait bien supporté deux séries de 5 g. 60 de novarsénobenzol. On commençait une troisième série, et, dès la deuxième injection (30 cc.), elle est prise de céphalée violente, de vomissements, et deux jours après se présente avec une éruption typique de lichen plan qui cède très bien à l'acétylarsan.

Mais il y a aussi des guérisons. Mlle Lavergne, dans sa thèse de Paris 1914, rapporte plusieurs cas de guérison de lichen plan par le néosalvarsan intraveineux.

MM. Jeanselme et Burnier, dans le *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 4 juin 1927, rapportent 100 cas de lichen plan traités par le novarsénobenzol. 56 sont suivis régulièrement. Dans 8 cas simplement il y a amélioration. Dans 9 cas, récurrence après une à trois séries; dans 3 cas, échecs. Les autres guérissent après une à deux séries.

MM. Hudelo et Rabut, le même jour, nous montrent l'action du novarsénobenzol en injections intraveineuses. Sur 74 cas

de lichen plan traités, 29 ont été perdus de vue, 33 cas guéris après une à trois séries et 4 échecs. Dans 3 cas, il y a eu généralisation impressionnante du lichen plan, jusque-là localisé.

Nous voyons donc que le lichen plan peut être guéri par le novarsénobenzol. Mais dans quelques cas aussi il y a des échecs, quelquefois même des aggravations. De plus, le novarsénobenzol doit être injecté par la voie endoveineuse, source de pas mal d'accidents.

Il était donc utile de trouver des médicaments plus faciles à manier pour traiter le lichen plan, d'avoir en même temps un produit efficace à action assez rapide. L'acétylarsan et les composés pentavalents de la même série ont paru répondre à ces conditions.

CHAPITRE III

LE 3 ACÉTYLAMINO 4 OXYPHÉNILARSINATE DE DIÉTHYLAMINE

Le 3 acétylamino, 4 oxyphénilarssinate de diéthylamine, ou acétylarsan, était connu avant 1927. Mais c'est M. Audry le premier qui nous montre son action sur le lichen plan de Wilson, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie* du 13 janvier 1927.

Il rapporte 12 cas traités en dix-huit mois avec succès et dit : « L'acétylarsan me paraît vraiment constituer le médicament spécifique du lichen plan. »

M. Carle, de Lyon, rapporte, dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et syphiligraphie* du 14 juin 1927, qu'il a traité des lichens plans par l'arsenic. « L'arsenic métalloïdique, nous dit-il, n'a rien donné. L'arsenic organique a donné quelques guérisons authentiques ». Il a employé successivement l'énésol, les arsénobenzols, le sulfarsénol, l'acétylarsan.

Il a eu des résultats surtout avec l'acétylarsan, et ajoute : « Aujourd'hui je conseillerais d'employer immédiatement l'acétylarsan, dont les résultats m'ont paru supérieurs. »

MM. Jeanselme et Burnier citent à la même séance 4 cas traités par l'acétylarsan. Ils ont eu deux guérisons du lichen plan cutané et deux améliorations du lichen plan buccal.

L'acétylarsan est un dérivé pentavalent de l'arsenic. Sa formule chimique est 3 acétylamino, 4 oxyphénilarssinate de diéthylamine, produit de l'action de l'acide 3 acétylamino, 4 oxyphénilarssinique, sur la diéthylamine.

Avant de donner les résultats que nous avons obtenus par son action sur le lichen plan de Wilson, nous allons dire quelques mots du produit lui-même. Au chapitre V, nous étudierons la conduite à tenir dans le traitement.

Ce dérivé donne avec l'eau des compositions stables. Ce produit est présenté sous forme de solution limpide titrée à 20 p. 100 d'arsenic, c'est-à-dire qu'il y a 0 gr. 05 d'arsenic par cc., soit 0 g. 15 par ampoule, chaque ampoule étant de 3 cc. Cela permet d'introduire dans l'organisme une quantité assez importante d'arsenic, rigoureusement dosée. Ce produit ne s'altère pas avec le temps, et a la propriété, par conséquent, de rester constant dans ses effets thérapeutiques.

Il est utile pour pouvoir connaître les indications et les contre-indications de ce produit de dire quelques mots sur la fixation de l'arsenic dans l'organisme et de comparer la fixation et l'élimination de l'acétylarsan. Nous savons que l'arsenic se fixe sur la plupart des organes, foie, rate, etc., sang et tissus. La teneur normale du sang en arsenic est de 8,5 micromilligrammes, et l'augmentation de cette teneur a été mise en évidence par plusieurs auteurs, après injections de novarsénobenzènes (Fischer et Hope, 1910, injections de 606; Bornstein, 1911, injections de 606; Wechselman, 1923).

Il résulte que l'arsenic injecté dans l'organisme n'y séjourne pas. Il se fixe sur les tissus ou bien il est éliminé d'autant plus vite d'ailleurs que l'organisme est plus près de son point de saturation en arsenic.

Les tissus contiennent environ 17 micromilligrammes d'arsenic par 100 grammes. Il se fixe d'une façon élective sur le foie six fois plus que sur le rein. Il se fixe aussi sur le liquide céphalo-rachidien.

Or, en 1923, M. Thorat a expérimenté la fixation de l'acétylarsan sur les chiens. Il en résulte qu'il a un faible hépatotropisme et un fort néphrotropisme. Le rein devra donc être normal afin de permettre l'élimination suffisante pour ne pas intoxiquer l'organisme.

L'élimination de l'arsenic se fait par la peau et ses annexes, la bile, les fèces, surtout.

M. Mahoux, dans son travail sur l'acétylarsan, a recherché, dans les urines, l'arsenic métalloïdique et l'a dosé par la méthode diaphanométrique de M. Denigès. Il montre que l'élimination se fait à partir de la huitième ou dixième minute après la piqûre. Elle est terminée dans les quarante-huit heures au plus. Au delà on ne retrouve plus d'arsenic dans les urines.

MM. Garvenal et Thevenon ont étudié dans les laboratoires des Usines du Rhône l'élimination de l'acétylarsan, et en 1925 M. Thoräl a fait un exposé des recherches. Ils arrivent à conclure que, contrairement à la plupart des arsenicaux, qui s'éliminent surtout par les fèces, l'acétylarsan s'élimine par les urines dès le premier jour. Donc il est distinct des autres par son néphrotropisme marqué, par sa rapide élimination et son absence d'accumulation dans l'organisme, propriétés qui permettent de rapprocher les injections et de leur donner une plus forte teneur en arsenic sans avoir à craindre d'accident.

Les contre-indications seront donc nettes. On n'administrera pas l'acétylarsan chez les sujets atteints de grosses lésions du foie et surtout des reins.

Les cas d'intoxication sont d'ailleurs très rares. Ils se traduisent par des vomissements et quelquefois de la diarrhée.

Les grosses réactions telles que crises nitritoïdes ou réactions d'Herxheimer seront donc très rares.

Avant de donner le traitement du lichen plan par l'acétylarsan, disons quelques mots de l'emploi de celui-ci dans la syphilis.

Dans la syphilis, les sels arsenicaux sont préconisés depuis la Renaissance avec Van Swieten, mais ils ne sont entrés dans la pratique courante que depuis les découvertes d'Erlich, en 1909, qui réussit à préparer un grand nombre de dérivés arsenicaux de la série aromatique, en particulier le salvarsan et le néosalvarsan.

Jusqu'en 1920, ce sont ces deux dérivés ainsi que les produits

dérivés des diverses combinaisons trivalentes qui sont employés.

A partir de 1925, apparaît l'acétylarsan. On peut l'employer à toutes les périodes, dans le traitement d'assaut à la dose de 3 cc. tous les deux jours chez les sujets forts, ou deux fois par semaine chez les sujets moyens, à condition de faire en tout une série correspondant au moins à 11 grammes d'acétylarsan, c'est-à-dire à 3 grammes d'arsenic métalloïdique, de laisser un repos d'un mois, de faire une réaction de Bordet-Wassermann; si elle est négative, faire deux séries de consolidation dans l'année.

Mais il convient mieux dans le traitement d'entretien, et l'on peut faire deux séries du type bihebdomadaire et lui associer une cure mercurielle ou bismuthée. On peut l'utiliser aussi dans les syphilis tertiaires et faire deux ou trois séries bihebdomadaires aussi.

Le lichen plan se traite par des injections sous-cutanées d'acétylarsan de 3 cc. chacune, à raison de deux par semaines, espacées de trois ou quatre jours.

Les séries sont de 15 à 20 piqûres, suivies d'un repos d'une quinzaine de jours et d'une nouvelle série.

Nous ne nous étendrons pas davantage ici sur le traitement du lichen plan, qui fera l'objet du chapitre V.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous présentons 23 observations inédites de lichen plan traité par l'acétylarsan. 13 de ces observations ont été prises à la clinique dermatologique de l'Hôpital Saint-André dans le service de M. le Professeur Petges. Nous devons 2 de nos observations à M. le Professeur agrégé Joulia, 2 à M. le Docteur Cazenave et 6 à M. le Docteur David-Chaussé.

Il nous a été possible de suivre quelques-uns de ces malades (obs. XI, XII, XIII) et de constater quelques guérisons, mais d'observer aussi des récives (obs. I, IV, V, VII).

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme H..., 48 ans, cultivatrice, se présente le 19 novembre 1928 à la consultation pour une éruption de papules très prurigineuses apparues deux mois auparavant. Elle a débuté par les avant-bras et s'est généralisée, mais prédomine à la face interne des membres inférieurs.

Le prurit apparaît par crises. Il a tendance à diminuer depuis quelques jours.

Mme H... est habituellement en bonne santé. Dans ses antécédents, on ne trouve rien d'important, pas d'albumine ni sucre dans les urines. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

L'éruption au niveau des membres inférieurs se présente en bouquets ou en trainées constituées par des papules planes rouge violacé de la grandeur d'un grain de mil, arrondies, lisses, luisantes, modérément infiltrées et formant une légère saillie à peine perceptible à la palpation.

Au niveau des plis sous-mammaires, des lésions annulaires brunâtres peu prurigineuses semblent en voie de disparition. Sur la face interne des cuisses, des papules brunes sont des vestiges de lésions qui ont été particulièrement prurigineuses. Sur les jambes, surtout à la face postérieure des mollets, on note des plaques arrondies à contour crénelé avec des éléments papuleux. Elles sont tantôt rouge violacé, tantôt brunes, à relief modéré et sont nettement infiltrées. A leur niveau, le prurit est particulièrement vif.

Sur les pieds existent des macules brunes. Pas de lésions buccales, ou génitales.

On note du dermatographisme.

A l'examen des divers appareils on trouve une aorte perceptible au niveau de la fourchette sternale, des réflexes vifs aux membres inférieurs, des règles anormales quant à leur durée et leur abondance.

Le 2 décembre 1928, on commence une série d'acétylarsan dont on fait 20 injections de 3 cc. chacune.

Le 18 février 1929, la malade se plaint encore de prurit violent, mais les lésions de lichen plan ont complètement disparu. Il ne reste plus que des cicatrices cuivrées. On recommande à la malade de cesser toute médication.

Le 8 mars 1929, elle revient avec des lésions du type urticarien et un dermatographisme très marqué. On lui prescrit des paquets alcalins, des lotions au vinaigre phéniqué et des poudrages journaliers au talc salicylé.

Le 22 mars 1929, les lésions urticariennes sont en voie d'amélioration. On fait de l'auto-hémothérapie le 22 et le 23 mars, en lui injectant dans la fesse 10 cc. de sang pris au bras.

Le 10 juillet 1929, la malade revient. Elle a une nouvelle poussée de lichen plan d'ailleurs moins étendue que la première. On lui fait alors une demi-ampoule d'acétylarsan et on continue à raison de

2 injections par semaine de 3 cc. chacune. Au total on en fait 20. Elle les supporte très bien.

Le 18 novembre 1929, la malade est revue. Les lésions cutanées se sont affaïssées, ont pris une teinte bistre. Elles sont guéries; il n'y a plus de prurit.

OBSERVATION II.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

F... J., employé de commerce, se présente en août 1927, pour la première fois, au dispensaire de prophylaxie des maladies vénériennes. Il était porteur d'un accident primitif avec présence de tréponèmes à l'ultra-microscope et réaction de Bordet-Wassermann (+ + + +) très positive. On a commencé immédiatement une série de novarsénobenzol et le malade reçut les doses de 0,15, 0,30, 0,45, 0,60, sans accident d'aucune sorte.

Le 2 septembre 1927, il reçoit une autre injection de 0,60 de novarsénobenzol. Dès son retour chez lui, il est pris de frissons, de céphalée avec fièvre et doit s'aliter. Le lendemain, il reprend son travail. Mais dans les jours qui suivent il s'aperçoit de l'apparition de quelques taches blanches sur la face interne des lèvres supérieure et inférieure.

Le 9 septembre 1927, il reçoit 0,75 de novarsénobenzol et présente les mêmes petits signes d'intolérance. A une semaine d'intervalle, il reçoit 3 injections nouvelles de 0,75 plus ou moins bien tolérées. Il reçoit en tout 5 g. 85 de novarsénobenzol.

Le malade prétend qu'à chaque injection nouvelle, les accidents buccaux s'accroissent, envahissant peu à peu la langue et la muqueuse jugale. De plus, il accuse un prurit très prononcé au niveau des flancs, de la ceinture, du dos, des plis de flexion du bras et avant-bras, prurit progressif avec éruption de macules squameuses rouges ou rosées sans élément papuleux.

On cesse le novarsénobenzol et on prescrit des bains de bouche alcalins (borate de soude, chlorate de potasse).

Pendant un mois on arrête le traitement arsénobenzolé : les lésions s'améliorent et disparaissent presque entièrement et le 18 novembre 1927 on recommence le novarsénobenzol. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. La première injection est très bien supportée.

Le 25 novembre 1927, il reçoit une dose de 0,30 qui est bien supportée, mais les lésions buccales réapparaissent et progressent. Le diagnostic de lichen plan buccal est alors posé. Cependant on fait une nouvelle injection de 0,45 qui est mal supportée.

Le 6 décembre 1927, il se présente avec des lésions nettement extensives qui occupent maintenant toute la face dorsale de la langue, la face interne des joues sur une bande horizontale correspondant à l'union des arcades dentaires des deux côtés. Les lèvres supérieure et inférieure sont légèrement oedématisées. Les lésions du corps n'ont pas suivi cette progression, au contraire, le prurit a disparu, mais il persiste des macules rouges.

La face dorsale de la langue est le siège de bandes blanchâtres ou blanc bleuâtre tranchant nettement sur la muqueuse saine, nettement limitée, à peine saillante.

Le malade accuse une sensation de sable dans la bouche et de rugosité désagréable lorsqu'il frotte la langue sur la muqueuse jugale.

Sur la face interne des joues, on a une bande blanc porcelanique qui va de la dernière molaire à la commissure labiale; les lèvres sont tapissées de petits îlots blancs et de fissures saignotantes douloureuses.

Le tronc est le siège d'une éruption maculeuse rosée existant surtout à la ceinture, sur le dos, le thorax. Au niveau de la ceinture, les lésions sont plus accentuées, taches rouge bistre disparaissant à la pression, nettement limitées, égales, non surélevées, un peu rugueuses au toucher.

Sur les membres, pas de lésion. Le gland est indemne. Mais le malade prétend qu'en septembre il avait présenté sur le gland des lésions analogues à celles des lèvres.

7 décembre 1927, on décide de faire une série d'acétylarsan et on commence par 1 cc. 5. Il reçoit ensuite 15 injections de 3 cc. Mais

après la dernière (27 janvier 1928), présente un zona du bras gauche.

2 décembre 1930 : Ce malade n'a plus d'accidents syphilitiques, sa réaction de B.-W. reste négative, après plusieurs séries de traitements par les sels bismuthiques, muthanol, bivatol, mais son lichen plan persiste.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme B..., 58 ans, sans profession, se présente, le 29 août 1928, avec une éruption profuse tout à fait typique de lichen plan à maximum sur les membres, l'abdomen, et avec des lésions de la cavité buccale. Le prurit est intense. On commence tout de suite le traitement à l'acétylarsan à raison de 2 injections de 3 cc. par semaine. Le 12 novembre 1928, après une série de 20 injections, la malade est très améliorée. On arrête le traitement arsenical.

On lui donne une pâte de zinc phéniquée et des poudrages.

Le 25 mars 1929, quand elle revient à la consultation, il ne persiste plus, depuis longtemps, dit-elle, que des pigmentations brunes sans prurit.

La malade est guérie.

OBSERVATION IV.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme L..., 49 ans, ménagère, vient, le 5 octobre 1928, à la consultation pour une éruption cutanée de lichen plan généralisée, avec prurit et lésions de la muqueuse bucale.

On lui fait tout de suite une injection de 1 cc. 5 d'acétylarsan.

Dans la suite, on continue par des injections de 3 cc. deux fois par semaine.

Le 4 janvier 1929, après une série de 20 piqûres, elle revient complètement guérie.

Le 23 juin 1930, elle a une nouvelle poussée de lichen plan en nappe, surtout localisée au niveau du dos, des coudes, des ge-

noux. Mais, cette fois, pas de lésions buccales. On lui fait alors une série de 15 ampoules d'acétylarsan à raison de 2 par semaine.

Le 3 août 1930, la malade revient complètement guérie de sa deuxième poussée.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme S..., 28 ans, coiffeuse, vient, le 23 octobre 1929, à la consultation, pour une éruption siégeant au niveau des avant-bras, des cuisses, des flancs et datant de quatre mois. On fait le diagnostic de lichen plan. Les papules sont caractéristiques.

Il n'y a pas de lésions buccales, mais le prurit est très intense.

Mme S... est très nerveuse.

Dans les antécédents, on ne retrouve qu'une fièvre puerpérale en 1924.

Elle a maigri beaucoup depuis le début de cette affection.

On commence un traitement par l'acétylarsan.

Le 23 octobre 1929, on fait d'emblée 3 cc. On continue à raison de 2 piqûres de 3 cc. par semaine. Dès la quatrième piqûre, le prurit à complètement disparu.

Le 30 décembre 1924, après la quinzième piqûre de 3 cc., la malade est complètement guérie. Il ne reste plus qu'une pigmentation brunâtre, qui disparaît complètement en quinze jours.

Le 24 novembre 1930, la malade revient à la consultation avec une nouvelle éruption qui date de deux mois déjà. Elle n'est pas prurigineuse et se trouve localisée sur les avant-bras où on note plusieurs placards rouges avec des éléments papuleux polygonaux brillants, doux au toucher, légèrement saillants. Par endroits, les lésions sont squameuses. Pas de lésions buccales. Nous posons le diagnostic de récurrence de lichen plan et M. le Professeur Petges confirme notre diagnostic. Nous reprenons une série d'acétylarsan et le 24 novembre nous faisons à la malade 1 cc. La malade est en cours de traitement.

OBSERVATION VI.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Le 27 septembre 1929, M..., 42 ans, journalier, vient à la consultation avec une éruption de papules miliaires jaunâtres, dures, sèches, polygonales, planes, disséminées sur tout le tronc et les membres et avec des lésions du gland, sans lésions buccales.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Pas d'albumine dans les urines.

Le traitement est amorcé et on fait 1 cc. d'acétylarsan le 27 septembre, 2 cc. le 30 septembre et 3 cc. le 4 octobre. On lui fait encore 4 injections de 3 cc. puis 9 de 5 cc. chacune.

A la fin de la série, le malade est beaucoup amélioré. Il reste cependant quelques papules au niveau du tronc et des membres inférieurs.

Le 20 décembre 1929, quand il revient à la consultation la guérison est complète avec un minimum de pigmentation à peine perceptible.

OBSERVATION VII.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme G..., 28 ans, employée de commerce, vient, le 30 octobre 1929, à la consultation avec une éruption au niveau de la région cervicale postérieure, des flancs, de l'abdomen et des avant-bras.

Le prurit a cessé depuis quelques jours. On constate des placards annulaires rouge violacé ou brunâtres, quadrillés avec des éléments caractéristiques de lichen plan.

Il y a des lésions buccales au niveau des commissures et on constate une denture défectueuse, des dents crénelées en tourne-vis, une voûte palatine ogivale d'hérédosyphilitique. La réaction de B.-W. est négative.

On prescrit une pâte phéniquée en applications et on commence une série d'acétylarsan à raison de 3 cc. par injection et deux fois par semaine.

Le 23 décembre 1929, les lésions se sont affaïssées, elles ne sont plus prurigineuses. Il persiste seulement quelques macules pigmentées ardoisées sur le placards de lichen plan au cou et sur l'abdomen. On fait 19 injections en tout, après lesquelles la malade est complètement guérie.

Le 16 mai 1930, elle revient avec une nouvelle poussée de lichen plan. On trouve quelques papules groupées en placards au niveau de la région cervicale postérieure et de la région pubienne. Le prurit est très léger.

On reprend l'acétylarsan tout de suite et après une série de 15 injections de 3 cc. la malade est guérie de nouveau.

OBSERVATION VIII.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

L... F., plombier, 42 ans, vient, le 7 septembre 1928, à la consultation avec une éruption typique de lichen plan, siégeant au niveau des deux plis axillaires, et au pourtour de l'ombilic où les lésions sont lichenisées.

Rien au niveau des muqueuses.

On commence l'acétylarsan le 7 septembre.

Après une série de 14 injections de 3 cc. à raison de 2 par semaine, il y a une amélioration très considérable des lésions cutanées, le prurit a disparu dès les premières piqûres, et le malade, se sentant guéri, ne revient plus.

OBSERVATION IX.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

L... A., 69 ans, cordonnier à Cenon, vient à la consultation le 17 juillet 1929 avec des lésions caractéristiques de lichen plan au

niveau des poignets, des avant-bras, de la face interne des cuisses, des fesses et du bas-ventre.

Sur la face interne des joues, on constate également des lésions de lichen plan.

On lui fait une série de 20 piqûres d'acétylarsan à raison de 3 cc. par piqûre deux fois par semaine. Après la vingtième piqûre, le malade ne revient plus. La dernière piqûre a eu lieu le 23 septembre 1929. Il ne s'est plus présenté depuis à la consultation. Nous lui avons écrit. Il nous a répondu le 23 novembre 1930 qu'il était complètement guéri.

OBSERVATION X.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

Mme A... M., 41 ans, vient à la consultation pour la première fois le 1^{er} février 1928.

On constate, au niveau de la bouche, un lichen plan en traînées et ramifications caractéristiques au niveau de la langue et la face interne de la joue droite.

Aucune lésion sur le corps.

On lui a fait d'abord 7 injections de sulfarsénol avant son arrivée à la consultation sur les conseils du Professeur Cassaët. Puis le 3 février, on commence une série d'acétylarsan par 4 cc.; le 8 février elle reçoit 2 cc. et on continue à la dose de 3 cc. à raison de 2 injections par semaine.

Le 27 avril, après 18 piqûres, la malade présente de la fatigue, on cesse alors le traitement. On lui ordonne des badigeonnages au permanganate de potasse. Mais on ne constate aucune amélioration.

Elle continue à être fatiguée, elle a maigri et elle est très nerveuse.

Le 22 juin, on lui ordonne des badigeonnages avec de l'alcool glycéринé, et des douches chaudes.

Elle n'a pas été revue.

OBSERVATION XI.

(Service de M. le Professeur PETGES.)

M. L..., 29 ans, mécanicien, vient à la consultation, le 13 octobre 1930, pour une éruption qui occupe la face dorsale des mains, les avant-bras, les jambes, et qui a débuté par le poignet droit. On note également des lésions au niveau du gland. Sur la muqueuse buccale, lésions de lichen plan.

Le prurit est assez intense.

M. L... est très nerveux.

Le 13 octobre, on lui fait 1 cc. d'acétylarsan; le 24 octobre 1930, 3 cc. et 5 cc. le 27 octobre.

On continue à 5 cc. à raison de 2 piqûres par semaine.

Le 14 novembre 1930, le malade a eu 10 piqûres et va beaucoup mieux. Le prurit a disparu dès les premières piqûres.

Le 24 novembre 1930, les lésions cutanées sont en voie de régression. Sur le dos des mains, il ne persiste plus qu'une coloration rose pâle des éléments, qui se sont affaîssés. Au niveau des poignets, régression également de tous les éléments avec coloration rouge brun.

Dans la bouche, les plaques sont aussi en régression.

Le malade est toujours au cours de traitement.

OBSERVATION XII.

(Service de M. le Professeur PETGES, 24 mars 1930.)

F... R., 46 ans, serrurier, vient à la consultation pour une éruption cutanée généralisée accompagnée de violentes démangeaisons.

Le début remonte à un mois environ et se serait manifesté par une plaque érythémateuse de la dimension d'une pièce de 5 francs, siégeant sur l'avant-bras droit. C'est par hasard que le malade a constaté cette plaque, qui, dans la suite, s'est accompagnée d'un prurit à prédominance nocturne, et peu marqué le jour.

Pendant quinze jours, l'éruption augmente d'étendue, mais lentement.

Puis, pendant les deux semaines qui précèdent l'arrivée à la consultation, l'éruption subit un coup de fouet (peut-être sous l'influence d'un dépuratif), si bien que l'éruption occupe tout le corps, sauf la face et le cuir chevelu. Au début, le malade n'a pas présenté de fièvre, mais il a perdu l'appétit et se sentait fatigué au moindre effort. Il présente alors des symptômes nets d'hyperchlorhydrie.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien à retenir, sauf un épisode pulmonaire cinq ans auparavant, étiqueté congestion, et des douleurs lombaires depuis plusieurs années. Ces douleurs très pénibles avec sensation de déchirement surviennent en « coup de fouet » et empêchent tout travail pendant plusieurs jours. Depuis plus de dix-neuf ans, il présente aussi un violent prurit anal dû vraisemblablement à des oxyures que le malade retrouvait dans ses selles ou dans son lit. Le matin, ce prurit disparaît.

A l'examen du malade, on constate une éruption généralisée respectant la face, les mains, les pieds et le cuir chevelu, et présentant un maximum aux avant-bras, sur la région lombo-sacrée, les jambes et la verge.

Elle est constituée par des papules de la dimension d'un grain de millet, polygonales, brillantes, saillantes, dures, sèches, de couleur variant entre le rouge rosé et le jaune bistre. Elles sont isolées et disséminées sur le corps, ou se groupent en placards un peu surélevés, rouges légèrement violacés brillants, finement quadrillés et squameux. Les squames nacrées sont très adhérentes.

Les placards sont particulièrement abondants sur les avant-bras et on y retrouve les papules élémentaires qui les forment. Dans d'autres régions, ces papules sont groupées sur les stries de grattage, où elles semblent ensemencées. C'est ainsi qu'on en trouve sur les épaules, le dos, l'abdomen, la hanche gauche, où elles sont régulièrement rangées sur la strie produite par l'ongle pendant la poussée du prurit.

Le patient prétend que c'est le prurit qui commence et que c'est en se grattant furieusement qu'il fait apparaître les papules.

La verge est le siège de mêmes lésions, mais les papules sont plus volumineuses, parfois confluentes, et ont une teinte ardoisée, ou

plus bleuâtre que sur le reste du corps. La langue est indemne. Mais, sur la face interne des joues, des deux côtés, et particulièrement à gauche, on voit un semis de petites taches blanc porcelaine de la grandeur d'une tête d'épingle, et qui ont tendance à se grouper en traînées. La muqueuse génitale ne présente aucune lésion, non plus que la muqueuse anale.

Le patient est fatigué. C'était un homme nerveux, et qui est actuellement asthénique. Il mange peu. « Il a les traits tirés », dit sa femme. Cette éruption l'inquiète et le prurit l'empêche de dormir. Il n'a pas de fièvre.

Traitement : on lui fait immédiatement une série de piqûres d'acétylarsan à 3 cc.

Le 21 mai, à la seizième, l'éruption a disparu, il ne reste qu'une pigmentation brun foncé au niveau de l'abdomen, des avant-bras et des jambes. A la deuxième piqûre, le prurit avait déjà disparu. Le malade a très bien supporté les piqûres, à raison de 2 par semaine. Les lésions buccales sont guéries.

OBSERVATION XIII.

(Service de M. le Professeur PETGES, 24 févr. 1930.)

Le début de la maladie de Mme C..., 50 ans, buraliste, remonte à novembre 1929. Elle avait alors une petite plaque rouge à la face antéro-interne du genou droit. A la consultation, on lui conseille une pommade en application tous les jours.

Puis l'éruption s'étend, dans l'espace d'un mois, aux jambes, et apparaît aux bras. On pose alors le diagnostic de psoriasis. Malgré le traitement, l'éruption continue et devient telle, que la malade ne peut plus faire d'application de pommade.

Pendant ce temps, elle maigrit de trois livres environ.

La malade vient, le 29 janvier, à la consultation, et on constate qu'il s'agit d'un lichen plan très étendu, en placards infiltrés et squameux. On commence aussitôt une série de piqûres d'acétylarsan : on débute par 0 cc. 5 le 29 janvier, 3 cc. le 31, et on fait 2 piqûres de 3 cc. par semaine.

Mais le prurit qui était apparu quelques jours après la première piqûre va en augmentant, et se manifeste surtout le lendemain soir de la piqûre et pendant toute la nuit, après avoir été calmé pendant le jour qui suit la piqûre. Malgré le traitement, l'éruption continue à croître petit à petit, remontant des avant-bras aux bras et des jambes aux cuisses. C'est au niveau des nouvelles lésions que le prurit est surtout intense. Le jour, le prurit est à peine sensible, mais la malade accuse une sensation de brûlures au niveau de l'éruption.

On continue les piqûres d'acétylarsan néanmoins. « Elles m'ont fait du bien », dit la malade. Elle a repris deux livres et demie et l'état général est meilleur.

Dans ses antécédents, on relève une angine en 1927, une sinusite en 1928, une ponction du sinus droit en 1929, et ouverture par la voie transbuccale.

Sujette à des poussées d'urticaire.

Le 24 février 1930, on constate des lésions psoriasiformes avec des papules de lichen plan sur la face antéro-externe des deux jambes et remontant sur la face externe des cuisses. Sur les bras, les lésions ont le même caractère, ainsi que sur les avant-bras. Actuellement, il semble être apparu au niveau de la nuque une petite plaque de 1 centimètre de large sur 0 cm. 5 de haut, rougeâtre, très prurigineuse, chez laquelle on ne remarque pas de papules.

Le 28 février 1930, on fait à la malade sa dixième piqûre d'acétylarsan de 3 cc. Le 14 mars, elle est très améliorée, les lésions ont cessé de s'étendre et sont beaucoup moins prurigineuses. Dès la onzième piqûre, on est monté à la dose de 5 cc. par injection. La malade en reçoit ainsi 6. Mais elle se sent fatiguée et on doit redescendre à 3 cc. Après la vingtième injection, la malade part en vacances. Les éléments ont presque entièrement disparu. Il reste encore de la pigmentation. A son retour, les éléments ont disparu, sauf à la cuisse droite où seule persiste la pigmentation.

Le 14 mai, on reprend l'acétylarsan et la malade reçoit 7 injections de 3 cc. Le 3 juin, elle se plaint de douleurs articulaires au niveau des poignets et coudes.

Le 11 juin, elle reçoit 3 cc. d'acétylarsan, mais on descend à 1 cc. le 18 et le 25 juin.

Le 9 juillet, elle revient. Les lésions sont complètement affaissées. Il ne persiste plus que des plaques pigmentées brunes.

OBSERVATION XIV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

M^{lle} S... M..., 14 ans, présente, le 14 février 1929, une éruption profuse de papules de lichen plan caractéristique sur le tronc. Les éléments sont surtout abondants au niveau des aisselles.

L'affection semble être survenue à la suite d'un choc moral important. M^{lle} S... a dû être mise pensionnaire au début de l'année, en raison d'une intervention chirurgicale qui devait être pratiquée chez sa mère.

Le prurit est très vif. La plupart des lésions sont excoriées par le grattage.

Traitement : M. le professeur agrégé Joulia ordonne à l'extérieur des poudrages au talc camphré au 1/100, puis une pâte de zinc phéniquée à 1/100.

Puis la malade reçoit une série de piqûres d'acétylarsan à raison de 1 ampoule de 3 cc. par injection. On fait deux injections par semaine.

Le 21 mars 1930, la malade n'a pu recevoir que 10 injections. Mais elle est déjà très améliorée. Le prurit a disparu presque entièrement et la plupart des éléments de lichen plan se sont affaissés. On conseille néanmoins de faire 10 injections supplémentaires.

La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION XV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JOULIA.)

M. Ch... J..., 43 ans, est vu, le 3 mars 1928, pour lichen plan typique de la face interne des joues et de la langue qui évolue depuis 1920.

Le traitement conseillé est le suivant : bains de bouche fréquents avec une solution de 5 grammes de chlorate de potasse pour un litre d'eau. Application le soir d'un glycérolé d'amidon, chlorate de potasse et borate de soude.

On lui fait aussi une série de 20 injections d'acétylarsan de 3 cc. chacune à raison de 2 par semaine.

Le 1^{er} octobre 1928, les lésions sont dans le même état.

Traitement : on lui donne alors des badigeonnages au bleu de méthylène; à l'intérieur, des pilules asiatiques.

12 janvier 1929. Le lichen plan est stationnaire. Les lésions se seraient plutôt étendues depuis deux mois. M. Ch... est un sujet préoccupé à la fois par sa santé et par ses affaires. Il a de gros soucis. Réaction de B.-W. négative. On lui fait une nouvelle série d'acétylarsan.

30 septembre 1929. Les lésions ne se sont pas modifiées; on conseille alors des bains de bouche et l'absorption d'eau de Saint-Christau.

Le malade n'est pas revu.

OBSERVATION XVI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M^{me} C... (Louise), 52 ans, vient, le 31 décembre 1926, à la consultation. Elle a un lichen plan typique siégeant au niveau du thorax et des avant-bras. Il y a des lésions de la muqueuse buccale.

On essaye chez elle les divers traitements arsenicaux, *per os*, et les pommades antiprurigineuses. Il n'y a pas d'amélioration.

Le 18 mars 1927, on conseille de faire une cure d'acétylarsan de 15 injections.

Dès la troisième injection, le prurit disparaît complètement.

Le 16 avril 1927, la malade revient à la consultation. Elle est complètement guérie des lésions cutanées. Il ne persiste plus que des macules brunâtres, vestiges des papules antérieures.

Cette malade a été revue à plusieurs reprises depuis, pour des lésions des muqueuses que deux séries successives d'acétylarsan n'ont pas pu modifier.

OBSERVATION XVII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M. Y... M..., 21 ans, étudiant en médecine, vient à la consultation le 4 juin.

On constate un lichen plan généralisé, qui avait été pris pour une gale irritée par des applications de pommades soufrées.

Au niveau de la muqueuse buccale, il y a des lésions discrètes.

Du 4 juin au 3 juillet, il reçoit une série de 15 piqûres d'acétylarsan, à raison de 2 par semaine. Localement, on lui conseille de faire des poudrages au talc salicylé au 1/100 et des douches tièdes. Le prurit disparaît dès la première injection d'acétylarsan.

Lorsqu'il revient à la consultation après sa série d'acétylarsan, il est complètement guéri.

OBSERVATION XVIII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M^{me} R... (Odette), 40 ans, vient à la consultation pour un lichen plan des jambes et du thorax où on constate des éléments caractéristiques.

La muqueuse buccale présente aussi des lésions.

La malade est d'abord traitée sans aucun succès par des pilules asiatiques.

Le 28 septembre, on conseille de faire de l'acétylarsan. Elle reçoit alors assez irrégulièrement une série de 15 injections.

Le 12 novembre, la dernière injection est faite et le 14, la malade revient à la consultation. Les lésions cutanées ont disparu. Le prurit, dès la première injection, a disparu. Mais les lésions buccales n'ont pas bougé.

OBSERVATION XIX.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M^{lle} B... (Denise), 27 ans, présente un lichen plan typique siégeant au niveau des membres supérieurs, des régions scapulaires, et du thorax. Quelques lésions sur la face antérieure des jambes.

La langue et la face interne des joues sont le siège d'un lichen plan discret.

Le 30 avril 1930, on conseille des pilules asiatiques et une pomade phéniquée.

Le 20 mai, elle revient sans aucune amélioration, sauf toutefois une légère atténuation du prurit.

On conseille alors une cure d'acétylarsan et du 20 mai au 20 juin M^{lle} B... reçoit 15 injections d'acétylarsan.

Le 29 juillet, elle revient à la consultation. Elle est complètement guérie.

OBSERVATION XX.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M. D... (Jean), 42 ans, vient à la consultation, le 9 février 1929, pour un lichen plan cutané très étendu. C'est un syphilitique ancien qui a été bien traité.

Un B.-W. pratiqué en janvier 1929 est négatif.

Ce malade est traité par son médecin. Il reçoit une série de vingt injections d'acétylarsan.

A la fin de sa cure, il revient et on constate une guérison complète.

OBSERVATION XXI.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DAVID-CHAUSSÉ.)

M. B... (Jean), 32 ans, vient à la consultation le 1^{er} juillet 1929. Il présente un lichen plan typique de la cavité buccale avec,

sur le dos de la langue, une plaque blanc nacré et des lésions typiques en anneau et en feuilles de fougère, sur la face interne des joues.

Pas de papules au niveau du tronc ou des membres.

Traité par son médecin, il reçoit sans aucun résultat 3 séries de 15 injections d'acétylarsan.

Il revient en octobre 1930 et on constate que les lésions buccales n'ont pas bougé.

OBSERVATION XXII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CAZENAVE.)

L..., 28 ans, se présente au dispensaire de Bagatelle, à Bordeaux, le 5 octobre 1928, après un coup de soleil sur le décolleté et les bras remontant à huit jours.

Il fait une éruption typique de lichen plan qui est apparue en quarante-huit heures.

Le prurit est constant, très accentué, diurne et nocturne.

M. L... est un bel homme, mais névropathe. On ne retrouve chez lui aucune hérédité tuberculeuse, syphilitique ou rhumatismale.

Il raconte que quatre jours avant l'apparition de son éruption, il a eu une frayeur au haut d'un poteau télégraphique, occasionnée par une branche d'arbre qui s'est cassée, alors qu'il posait des fils.

Le 5 octobre 1928, on commence tout de suite une série de piqûres d'acétylarsan. Dans les trois jours qui ont suivi la première injection, l'éruption s'est généralisée à la totalité des téguments, sauf la tête. Dès la troisième injection, le prurit disparaît.

Le 30 octobre 1928, il a reçu 5 piqûres d'acétylarsan. L'éruption est rouge brun (maigre de jambon), mais dans la bouche, au niveau des joues et de la langue, on voit un tapis de lichen plan typique. Rien à la verge. On continue les injections d'acétylarsan.

Le 9 novembre 1928, il a reçu 8 injections, mais il y a une recrudescence du prurit qui avait disparu complètement.

Le 7 décembre 1928, il a reçu 15 injections. Le prurit a disparu. Les lésions buccales ont largement régressé.

L'éruption cutanée est brunâtre pâle au niveau de la peau. Elle est recouverte de squames blanches, adhérentes.

Janvier 1929. Le malade se représente. Il est guéri, mais conserve une pigmentation. Plus de lésions buccales. Mai 1929. Le malade ne présente plus qu'une légère pigmentation, simplement au niveau des membres inférieurs. Elle a disparu ailleurs. Le malade est donc guéri.

OBSERVATION XXIII.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CAZENAVE.)

P..., 44 ans, manœuvre, habitant Bordeaux.

Il est vu pour la première fois, en octobre 1928, au dispensaire de Bagatelle, à Bordeaux, pour syphilis secondaire floride.

Il reçoit alors 5 g. 60 de novarsénobenzol intraveineux et on lui donne un repos de trois semaines.

Jusqu'en juin 1929, il reçoit une seconde série de 5 g. 60 de novarsénobenzol.

On recommence, le 5 août 1929, une nouvelle série de novarsénobenzol. La première injection, de 15 centigrammes, est très bien supportée. La deuxième, de 30 centigrammes, est faite le 12 août; mais quatre heures après l'injection, le malade est pris de céphalée, qui dure quatre jours et l'empêche de travailler, de vomissements et de courbature.

Le 14 août 1929, on constate une éruption généralisée de lichen plan qui a débuté par l'épaule, s'est étendue aux bras, au thorax, aux membres inférieurs, au cou et à la face, qui est prise en dernier. L'évolution s'est faite en quarante-huit heures. Le prurit est intense.

19 août 1930. On est en face d'une éruption à peu près monomorphe. La muqueuse des joues de la voûte palatine et le bord droit de la langue sont tapissés d'une éruption typique.

Le malade, fatigué, a interrompu son travail.

Du 12 août 1929 au 3 octobre 1929, il reçoit 12 injections d'acétylarsan. L'éruption s'est affaïssée pendant ce délai. Le prurit a été calmé dès la troisième injection.

4 novembre 1929. B.-W. négatif.

Du 4 novembre 1929 au 6 janvier 1930, on lui refait une série de 17 injections d'acétylarsan.

Le 6 janvier 1930, l'éruption a disparu complètement sur la face, le dos, dans la bouche, et il persiste seulement une légère pigmentation sur l'abdomen et les membres inférieurs. On peut donc considérer le malade comme guéri de son lichen plan.

Sans qu'il soit utile de multiplier encore nos observations, suffisamment démonstratives, nous sommes autorisé par M. le Professeur Petges à noter qu'il a obtenu les mêmes résultats favorables dans plusieurs cas de lichen plan en clientèle de ville.

Discussion des observations.

Dans toutes nos observations, nous voyons qu'il a fallu une moyenne de quinze à vingt injections d'acétylarsan dont la dose était de 3 cc. et s'élevait au plus à 5 cc., pour avoir un effet curatif.

Nous croyons d'ailleurs que la dose de 3 cc., c'est-à-dire une ampoule, très bien supportée, est en général suffisante et on ne fera 5 cc. chez les sujets vigoureux que dans le but de diminuer le nombre des piqûres, et dans la mesure où ils les supporteront.

Parfois 2 séries d'injections ont été nécessaires. La deuxième série a toujours été aussi bien supportée que la première.

Chez quatre de nos malades, nous avons vu se reproduire une deuxième poussée de lichen plan. Elle a toujours été plus atténuée, plus localisée, que la première, et sans lésions buccales. Le prurit était faible ou inexistant. Elle a toujours bien cédé à une nouvelle série d'acétylarsan.

A la date du 24 novembre 1930, nous voyons une de nos malades (obs. V) qui était guérie depuis décembre 1929 d'un lichen plan ayant débuté en octobre, revenir avec une récurrence bénigne d'ailleurs limitée aux avant-bras, où l'on voit quelques placards caractéristiques. Le prurit et les lésions buccales n'existent pas. Nous la mettons aussitôt au traitement, en commençant par 4 cc.

Nous remarquons aussi que la récurrence de l'observation IV est une forme localisée, alors que la première éruption était généralisée, qu'il n'y a pas de lésion buccale. Elle cède très bien à une série de 15 ampoules d'acétylarsan.

La troisième récurrence est celle de l'observation VII. Guérie en fin décembre 1929, elle fait une nouvelle poussée, en mai 1930. Mais on remarque encore que l'éruption est discrète, le prurit plus léger que la première fois, et qu'elle cède très bien à une série de 15 injections d'acétylarsan. Nous pouvons en dire autant pour le malade de l'observation I.

Donc, chez ces malades, la première éruption a très bien disparu après une série d'acétylarsan, allant de 15 à 20 injections. Ils n'ont pas été suivis ensuite. Peut-être que s'il avait été possible de refaire chez eux une autre série de 8 à 10 ampoules quinze jours après la première, de façon à les blanchir complètement, ces récurrences ne se seraient pas produites.

Il n'est pas certain non plus que ces malades ne feront pas une troisième poussée de lichen plan.

Les autres malades qui ont été soignés dans le courant des années 1927, 1928, 1929, pour une première éruption de lichen plan, n'ont pas été revus depuis.

D'autre part, dans les observations X, XV, XXI, nous sommes en présence de trois cas de lichen plan localisés uniquement à la muqueuse buccale. Chez ces trois malades, le traitement par l'acétylarsan n'a pas été efficace. Chez l'un d'eux (obs. XXI) on a même fait 3 séries de 15 injections, en vain.

Pourtant, il est un fait certain, que lorsque les lésions buccales accompagnent les lésions cutanées, nous avons vu les premières régresser parallèlement aux secondes dans bon nombre

de cas. Nous ne constatons d'échecs qu'aux observations XVI et XVII où les lésions buccales n'ont pas régressé, alors que les lésions cutanées disparaissaient sous l'influence du traitement. C'est donc que l'acétylarsan agit sur les lésions buccales.

Le lichen plan localisé primitivement, et uniquement à la bouche, serait-il donc d'une autre nature que celui qui accompagne les lésions cutanées ? C'est là une question que nous ne pouvons résoudre. Ou bien les malades seraient-ils arsénorésistants ? Remarquons seulement que, dans l'observation XV, le malade était porteur de son lichen buccal depuis déjà huit ans. De même dans l'observation XII, l'affection n'était pas récente. En effet, elle avait déjà vu, quelque temps avant, le Professeur Cassaët qui avait ordonné une série de sulfarsénol dont il avait été fait 7 injections.

Nous pouvons donc conclure que, dans toutes nos observations, nous avons une guérison complète du lichen plan cutané, même après récidence, avec une seule série de 15 à 20 injections d'acétylarsan, ou tout au plus 2 séries; que les récides que nous avons observées étaient toutes plus bénignes que la première éruption, et qu'elles ont toujours très bien cédé à une nouvelle série d'acétylarsan.

Dans la plupart des cas, il a été, ou il aurait été inutile de donner d'autre médicament, car nous avons vu toujours le prurit céder dès les premières injections.

Les malades ont toujours bien supporté le traitement sauf celle de l'observation X. La malade se sent fatiguée après une série de 18 piqûres et on doit cesser le traitement. Dans l'observation XIII, nous voyons que si la malade n'a pas supporté l'acétylarsan, c'est parce qu'on lui a fait une série de 5 cc.; elle a présenté de la fatigue et des douleurs articulaires. On a alors diminué les doses pour ne faire que 3 cc., puis 1 cc. même. La malade a d'ailleurs guéri à la fin de cette série.

CHAPITRE V

MODE DE TRAITEMENT DU LICHEN PLAN PAR L'ACÉTYLARSAN

L'acétylarsan est présenté dans le commerce par les Usines du Rhône en solution limpide titrée à 20 p. 100 d'arsenic. Les ampoules sont de 3 cc.

La voie d'administration est le tissu cellulaire sous-cutané. Les injections sont indolores et les réactions locales nulles.

Dans le traitement du lichen plan, nous débiterons par des doses de 0 cc. 5 la première fois, puis 1 cc., 2 cc. et 3 cc., afin d'étudier la sensibilité du sujet vis-à-vis du produit. La dose de 5 cc. est également bien tolérée. Mais dans la majorité des cas, il n'est pas utile de dépasser 3 cc. Les injections sont faites deux fois par semaine, avec un intervalle de trois ou quatre jours entre chaque piqûre. On fera ainsi 15 à 20 injections par série.

La durée de la cure est variable. Quelquefois une seule série suffira, quelquefois il faudra deux séries, espacées d'un repos de huit à quinze jours.

De toute façon, même si l'éruption est en voie de disparition, il y a intérêt à refaire une deuxième série d'injections huit ou quinze jours après la première. M. Audry a pu écrire dans le *Bulletin de la Société de dermatologie* du 13 janvier 1927 : « Il me paraît utile de refaire une cure de 7 à 8 ampoules après la première. » La deuxième série est alors une série de consolidation qui aurait peut-être évité les récives chez nos malades.

La dose de 5 cc. par injection que l'on fera chez quelques sujets vigoureux, et en présence d'un lichen plan aigu, n'est

pas toujours bien supportée. Les malades éprouvent de la fatigue, de la lassitude, quelquefois même des douleurs articulaires. Il faut alors diminuer la dose, redescendre à 3 cc., par exemple, et continuer les piqûres. Dans de rares cas, il faudra descendre à 1 cc., ou arrêter le traitement.

Il est de règle que dès les premières injections le prurit disparaisse, ou tout au moins diminue d'intensité. Les lésions cutanées s'affaissent peu à peu, et sont remplacées par une pigmentation brune plus ou moins foncée qui disparaît au bout d'un temps variant d'une quinzaine de jours à quelques mois.

L'intérêt de ce traitement est donc bien net : disparition rapide du prurit, disparition progressive des lésions cutanées, et très souvent des lésions buccales, injection sous-cutanée, indolore, accidents locaux ou généraux immédiats ou à distance à peu près nuls ou tout au moins bénins.

La surveillance à exercer sur le malade est donc, de ce fait, très réduite. Il suffit de surveiller les urines : recherche de l'albumine seulement, puisque nous savons que l'acétylarsan s'élimine surtout par le rein.

Mais si l'acétylarsan est un médicament des plus utiles, il y a aussi des cas où il n'agit pas.

M. Bory dans le *Bulletin de la Société de dermatologie et de syphiligraphie* de juin 1927, dit qu'il a traité deux malades par l'acétylarsan et n'a obtenu aucun résultat. M. Fernet, à la même réunion, rapporte deux cas où il a eu des résultats excellents et un troisième où il a été nul. Ce malade avait été traité auparavant pour psoriasis. Après un traitement radiothérapique selon la méthode de M. Gouin, il y a eu une amélioration notable. M. Fernet préconise alors une série d'acétylarsan et, dès la deuxième piqûre, il y a une recrudescence de l'éruption et le prurit reparait. Il conclut que, dans les formes aiguës, l'acétylarsan donne des résultats excellents, mais que, dans les formes anormales, il donne des poussées aiguës.

Nous rapportons seulement (obs. IX, XIV et XX), trois

échecs de l'acétylarsan dans des cas de lichen plan localisés à la muqueuse buccale uniquement et un échec dans un cas où il y avait des lésions cutanées et des lésions buccales. Les premières ont très bien guéri et les deuxièmes n'ont pas été influencées par le traitement.

Très souvent, le traitement par l'acétylarsan suffira donc. Pourtant, lorsque les malades présenteront de l'insomnie rebelle, une trop grande nervosité, on sera amené à leur prescrire, soit du gardénal, soit du bromure de potassium, ou bien on pourra leur faire prendre quelques douches tièdes. Si le prurit est trop intense ou ne cède pas rapidement, on pourra donner des pommades dont nous avons déjà donné quelques exemples au chapitre II. Pour les muqueuses, on pourra adjoindre soit des bains de bouche avec une solution de chlorate de potasse au 1/30, soit des applications d'une solution de permanganate de potasse au 1/100, ou encore d'un glycérolé d'amidon-chlorate de potasse et borate de soude.

Il n'est pas utile de prescrire un régime alimentaire sévère. Il suffit de défendre les épices, les aliments épicés ou faisandés, la charcuterie, les boissons alcoolisées. Il faut surveiller et éviter la constipation.

CONCLUSIONS

I. — Le lichen plan est une dermatose à évolution subaiguë dans la plupart des cas, parfois aiguë, souvent chronique. Il s'accompagne d'un état nerveux pénible et d'un prurit parfois insupportable.

II. — On lui a opposé des traitements divers internes ou externes. L'arsenic est traditionnellement le médicament de choix (acide arsénieux, arséniate de soude, arsénite de potasse). Les résultats thérapeutiques étaient incertains et présentaient des inconvénients ou des dangers à cause de la nécessité d'atteindre la dose toxique pendant des périodes prolongées. Les médications externes, trop nombreuses pour être efficaces, ne donnent qu'un appoint au traitement. Elles calment sans guérir.

III. — L'acétylarsan a une action efficace incontestable sur le lichen plan. M. Audry le considère comme le spécifique de cette affection.

IV. — Le traitement par l'acétylarsan est simple puisque les injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané à raison de 2 par semaine. Elles sont indolores et bien tolérées.

V. — L'efficacité de ce traitement, indéniable dans la majorité des cas, n'est pas cependant absolue. On observe des échecs, et particulièrement dans le lichen des muqueuses buccale ou génitale.

VI. — On a observé, après le traitement, des récidives, qui ont cédé à une nouvelle série d'injections.

VII. — Le pronostic du lichen plan est très modifié depuis que ce mode de traitement est connu. La guérison rapide survient dans les quatre cinquièmes des cas.

VIII. — L'action de l'acétylarsan ne lui est pas absolument spéciale. Les divers arsenicaux pentavalents de la même série, arsaminol par exemple, ont très probablement une action identique. Mais il a fait ses preuves et son efficacité est incontestable.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON À IMPRIMER,

Le Président,

G. PETGES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — L'acétylarsan spécifique du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 13 janv. 1927, p. 30.
- BALZER. — Etude sur le lichen planus. Thèse Paris, 1880.
- BARTHELEMY. — Un cas de lichen plan traité par l'auto-hémothérapie. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 1928.
- BROCQ. — Contribution à l'étude des frontières du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine. Maladies de la peau.
- CARLE (Lyon). — Le traitement externe du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- CARLE. — Action de l'arsenic dans le traitement du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- CARRÉ. — Contribution à l'étude du traitement du lichen plan de Wilson par le néosalvarsan. Thèse Paris, 1923, n° 164.
- CHAUCHARD. — Hydrothérapie et cures thermales dans le traitement du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- COVISA. — Lichen plan de Wilson. Résistance à la médication arsenicale. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1916-1917, p. 149.
- DEWING. — Radiothérapie sympathique du lichen plan. Thèse Paris, 1929, n° 64.
- DOGALI. — Lichen ruber planus acuto ed arsenobenzoli. *Bermosifilografo*, nov. 1928, p. 602.
- FERNET. — Le traitement arsenical du lichen plan. *La médecine*, Paris, nov. 1927, p. 127.
- GOUGEROT et FILLIOL. — Lichen plan. Echec de la radiothérapie. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1926.

- GOUIN. — Le traitement du lichen plan par la radiothérapie. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, févr. 1925, et *Bull. méd.*, sept. 1924.
- GOUIN et BIENVENUE. — Le traitement radiothérapique du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- HALLOPEAU et VILLARET. — Le traitement du lichen plan par le permanganate de potasse. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1901.
- HALLOPEAU et NORERO. — Le traitement du lichen plan par le permanganate de potasse. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1904, p. 1103.
- HARTZELL. — Les salicylates dans le traitement du lichen plan. *Ann. de dermat.*, 1908, p. 39.
- HUBSCHMANN. — Le traitement du lichen plan par le bromure de sodium. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 14 juin 1927.
- HUDELO et LAPORTE. — Lichen plan aigu généralisé développé au cours d'un traitement par la radiothérapie médullaire pour lichen plan discret. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 15 janvier 1925.
- HUDELO et RABUT. — Réflexions sur 108 cas de lichen plan observés depuis le 1^{er} janvier 1922. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.
- HUFFSCHMIDT. — Un cas de lichen plan guéri par le stovarsol. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juillt. 1927, p. 475.
- Guérison de 3 cas de lichen plan par le tréparsol. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, p. 635, n° 5.
- Récidive de lichen plan après traitement par le tréparsol. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1928.
- JACQUET. — Lichen plan traité par l'hydrothérapie. *Ann. de dermat.*, 1891, p. 705-861-1001, et 1892, p. 52 et 466.
- JEANSELME et BURNIER. — 3 cas de lichen plan survenus au cours d'un traitement par le novarsénobenzol. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 10 nov. 1927.

- Sur 100 cas de lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 14 juin 1927.
- A propos du lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat.*, juill. 1927, p. 538.
- KOBNER. — Des injections sous-cutanées d'arsenic dans le traitement du lichen plan. *Ann. de dermat.*, 1882 p. 193.
- KWAN-CHANG-CHEN. — Le lichen plan chez les enfants. Thèse Bordeaux, 1923-1924, n° 61.
- LAVERGNE (Jeanne). — Traitement par le néosalvarsan des tuberculides, du lichen plan et du psoriasis. Thèse Paris, 1913-1914.
- LEIDI (F.). — Guarigione del lichen ruber planus col novarsenobenzoli. *Giorn. Ital. d. mal. ven.*, Milano, 1924, p. 776.
- Guarigione del lichen ruber planus col neosalvarsan. *Giorn. Ital. mal. ven.*, Milano, 1923, p. 729.
- LITTLE (E. G.). — Lichen planus. *Practitioner*, août 1928.
- LORTAT. — JACOB et SICARD. — Un cas de lichen plan aigu infantile. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 13 janv. 1927.
- LUSK. — Le traitement du lichen plan par le mercure. *Ann. de dermat.*, 1902, p. 82.
- MOULINIÉ. — L'acétylarsan dans le traitement de la syphilis. Thèse Montpellier, 1926.
- MONTPELLIER et LACROIX. — Un cas de lichen plan au cours d'un traitement par le novarsénobenzol. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1922.
- NOGUER-MORÉ. — Le traitement du lichen plan par le tartrate d'ergotamine dans 3 cas où les arsenicaux n'ont rien donné. *Bull. de la Soc. de dermat.*, juin 1927.
- PAGE. — Lichen plan intense. Guérison par l'hydrothérapie tiède. *Ann. de dermat.*, 1893, p. 39.
- PAUTRIER. — Nouveau cas de lichen plan aigu généralisé provoqué par le novarsénobenzol chez un syphilitique. *Bull. de la Soc. de dermat.*, juill. 1927.
- PAUTRIER et DISS. — Sur la présence d'éléments nerveux et la prédominance des lésions nerveuses dans la papule de lichen plan. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 14 juin 1927.

PAUTRIER. — Le traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire. *Ann. de dermat.*, réunion de Strasbourg, 1924, p. 60.

— Apparition d'un lichen plan au cours d'un traitement par le néosalvarsan pour syphilis. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1923.

PETGES. — Lichen plan aigu généralisé avec lésions bulleuses. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 27 nov. 1911.

— Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 16 mois. En collaboration avec M. RAGOT. Soc. de méd. et de chir., Bordeaux, 3 mars 1922.

— Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 3 ans. En collaboration avec DONNADIEU. Soc. de méd. et de chir., Bordeaux, 26 févr. 1926.

— Lichen plan aigu généralisé chez un enfant de 11 mois survenu dans le cours d'une cure arsenicale. En collaboration avec BOISSERIE-LACROIX et REIGNER. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux.

— Sur l'origine nerveuse du lichen plan. Soc. de dermat. et de syphil., réunion de Strasbourg, 14 juin 1927.

RAVAUT. — Lichen plan et ponction lombaire. *Bull. de la Soc. de dermat. et de syphil.*, 14 juin 1927.

SABORIAUD. — *Ann. de dermat.*, 1910.

THIEBERGE et RAVAUT. — Influence de la ponction lombaire sur le prurit dans le lichen plan. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1903, p. 890.

TROLARD. — Contribution à l'étude du traitement du lichen plan et de certaines dermatoses par la radiothérapie rachidienne. Thèse Paris, 1929.

VIGNE et FOURNIER. — La thérapeutique actuelle du lichen plan. *Sud. méd. et chirur.*, 9 oct. 1927.

WATRIS. — Lichen plan datant de 9 ans traité par la radiothérapie médullaire et l'hyposulfite de soude. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 14 juin 1927.

16062. — Bordeaux, Imprimerie CABORET, 3, place Saint-Christoly. — 1930.
